



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2004

Planung und Wettbewerb bei zusatzversicherten Leistungen von Privatspitälern

Gächter, Thomas

Abstract: Zur Kosteneindämmung bei der stationären Krankenpflege stehen sich zwei fundamental divergierende Optionen gegenüber: die mit einer Verstärkung des Wettbewerbs verbundene Liberalisierung des Systems und der «interventionistische» Weg. Im Bereich der Grundversicherung hat sich die Gesetzgebung für den interventionistischen Weg entschieden, im Zusatzversicherungsbereich für eine Angebotssteuerung durch Wettbewerb.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-175430>
Journal Article

Originally published at:

Gächter, Thomas (2004). Planung und Wettbewerb bei zusatzversicherten Leistungen von Privatspitälern. Health Insurance Liability Law (HILL):1-4.

HILL Fachartikel

Planung und Wettbewerb bei Zusatzversicherten Leistungen von Privatspitälern

Zur Kosteneindämmung bei der stationären Krankenpflege stehen sich zwei fundamental divergierende Optionen gegenüber: die mit einer Verstärkung des Wettbewerbs verbundene Liberalisierung des Systems und der «interventionistische» Weg. Im Bereich der Grundversicherung hat sich die Gesetzgebung für den interventionistischen Weg entschieden, im Zusatzversicherungsbereich für eine Angebotssteuerung durch Wettbewerb.¹

I. Ausgangslage

Die grundversicherten Spitalpflegeleistungen unterstehen demnach der Angebotssteuerung durch die kantonale Spitalplanung (Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG). Weiter schreibt Art. 49 Abs. 1 KVG vor, dass die soziale Krankenpflegeversicherung höchstens 50 Prozent der Tagespauschale für die stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung übernehmen darf, wenn die Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital stattfindet. Der Rest der stationären Behandlungskosten geht zu Lasten der öffentlichen Hand. Die Finanzierungsregelung von Art. 49 Abs. 1 KVG erstreckt sich jedoch nicht auf Privatspitäler, die nicht öffentlich subventioniert werden.

Welches Prinzip überwiegt nun, wenn ein nicht-subventioniertes Privatspital Leistungen im Zusatzversicherungsbereich anbietet? Unterstehen die stationären Kapazitäten dieses Spitals ebenfalls der kantonalen Planungshoheit oder überwiegt der für den Zusatzversicherungsbereich massgebliche Wettbewerbsgedanke?

II. Bisherige bundesrätliche Praxis

Es ist unbestritten, dass sich grundversicherte Spitalleistungen (Krankenpflege in der allgemeinen Abteilung) und Zusatzversicherte Spitalleistungen insofern nicht deutlich trennen lassen, als auch den Zusatzversicherten der «Sockelbeitrag»² der Grundversicherung zusteht, sofern das behandelnde Spital auf der Spitalliste figuriert. Die Zusatzversicherten sollen dadurch, dass sie sich freiwillig für weiter gehende Spitalleistungen versichert haben, nicht ihren Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Grundversicherung verlieren, da sie für diese auch Prämien bezahlen. Spitalaufenthalte von Zusatzversicherten belasten im Umfang des jeweiligen «Sockelbeitrags» demnach auch die soziale Krankenpflegeversicherung im obligatorischen Bereich.

An dieser Schnittstelle zwischen Planung und Wettbewerb hatte der Bundesrat wiederholt zu entscheiden, welches Prinzip für die Zusatzversicherten im Bereich der Spitalleistungen massgebend ist:³ Dabei hat er dem Wettbewerbsgedanken insofern den Vorrang eingeräumt, als er die Planungskompetenz der Kantone im Einklang mit der gesetzgeberischen Grundentscheidung auf den grundversicherten Bereich beschränkte.⁴ Die in diesem Punkt klare bundesrätliche Praxis rief denn auch wiederholt die Kritik der Kantone hervor, die ihre Planungskompetenz gerne auf den gesamten Bereich der stationären Spitalpflegeleistungen ausgedehnt hätten, also auch auf die «privaten» und «halbprivaten» Abteilungen von Privatspitälern.⁵

III. Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG)**1. Grundsatzentscheide des EVG**

Bereits vor einigen Jahren wurde klargestellt, dass der Begriff der «allgemeinen Abteilung», wie er im KVG verwendet wird, grundsätzlich funktional zu verstehen ist. Er bezieht sich demnach nicht auf einen bestimmten, räumlich abgegrenzten Bereich innerhalb eines Spitals, sondern auf die von der Grundversicherung übernommenen Leistungen der Spitalpflege.⁶

Weiter hat ein wichtiger Entscheid des EVG deutlich gemacht, dass eine in der privaten oder halbprivaten Abteilung eines öffentlichen Spitals des Wohnkantons hospitalisierte Person – oder, an ihrer Stelle, ihr Krankenversicherer – gegenüber diesem Kanton Anspruch auf den Anteil der in der allgemeinen Abteilung dieses Spitals zu Lasten des Kantons gehenden anrechenbaren Kosten hat.⁷ Dieser Entscheid war für die Kantone von grosser finanzieller Tragweite, da sie nunmehr

auch für Zusatzversicherte, die in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern hospitalisiert waren, mindestens zur Hälfte die Kosten der grundversicherten Leistungen zu tragen hatten. Abgefedert wurde die finanzielle Mehrbelastung durch das dringliche Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung,⁸ welches die Kantone insofern entlastete, als sie den Krankenversicherern rückwirkend nicht die volle Kostenbeteiligung, sondern nur gesetzlich definierte Pauschalen zu entrichten hatten.⁹

2. Auswirkungen der Praxis?

Der funktionale Begriff der «allgemeinen Abteilung» ist auch in die bundesrätliche Praxis eingeflossen.¹⁰ Gleichwohl wurde in späteren Entscheiden das Vorherrschen des Wettbewerbsgedankens im Zusatzversicherungsbereich grundsätzlich bestätigt.¹¹ Zwischen der funktionalen Definition der «allgemeinen Abteilung» und dem Wettbewerb im Zusatzversicherungsbereich besteht denn auch kein Widerspruch, da die bundesrätliche Rechtsprechung an der Schnittstelle zwischen Grund- und Zusatzversicherung bewusst einen vernünftigen Ausgleich zwischen Planung und Wettbewerb schaffen wollte.¹² Indem – zunächst bei geteilten Spitallisten – ein Anspruch auf Aufnahme in die «B-Liste»¹³ bejaht wurde, wenn die übrigen Voraussetzungen (kantonale Betriebsbewilligung, Personal- und Infrastrukturvoraussetzungen gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG) erfüllt waren,¹⁴ wurde eine klare Trennung zwischen den Leistungserbringern ermöglicht, die vollständig zu Lasten der Grundversicherung (also im Rahmen der funktionell verstandenen «allgemeinen Abteilung») tätig sein dürfen, und solchen, für deren Leistungen nur Anspruch auf den «Sockelbeitrag» besteht. Der Bundesrat dehnte diese Rechtsprechung später auch auf Kantone mit integraler Spitalplanung aus (Entscheid in Sachen Verein Josefsklinik).¹⁵

Das EVG setzte mit dem Entscheid vom 30. November 2001 (BGE 127 V 422) seine konsequente Linie um, die bereits in BGE 123 V 290 deutlich erkennbar geworden war. Es behandelte die Zusatzversicherten, die ebenfalls obligatorisch krankenpflegeversichert sind, *auch* als Grundversicherte und beseitigte ihre Schlechterstellung.¹⁶ Auch Zusatzversicherte haben demnach Anspruch auf die Kostenbeteiligung, die der Kanton in der allgemeinen Abteilung aufgrund von Art. 49 Abs. 1 KVG zu leisten hätte.¹⁷ Damit verfolgt das EVG einen ähnlichen Gedanken wie der Bundesrat, der diejenigen Versicherten, die zusatzversicherte Leistungen in einem privaten Spital in Anspruch nehmen, ebenfalls als Grundversicherte behandelt und ihnen Anspruch auf den «Sockelbeitrag» der Krankenversicherung einräumt. Unabhängig vom Spitaltyp (öffentlich/öffentlich subventioniert/privat) werden die Versicherten damit als Grundversicherte behandelt. Niemand, der sich freiwillig besser versichert, soll dafür Nachteile zu tragen haben.

Am 12. Februar 2004 schliesslich nahm das EVG ausdrücklich Bezug auf die bundesrätliche Rechtsprechung in Sachen «Verein Josefsklinik».¹⁸ Es fasste die wesentlichen Ergebnisse zusammen und schloss sich der bundesrätlichen Meinung grundsätzlich an.¹⁹ Es bejahte insbesondere auch den Rechtsanspruch auf Aufnahme in die kantonale Spitalliste bezüglich der Halbprivat- und Privatabteilungen.

IV. Folgerungen

Die Rechtsprechung des EVG setzt den Grundgedanken des Krankenversicherungsgesetzes zutreffend um. Die Kantone werden gegen ihren ursprünglichen Widerstand verpflichtet, auch für Zusatzversicherte, die in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern behandelt werden, gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG den Kostenanteil der grundversicherten Spitalkosten zu übernehmen. Damit wird die *Wirkung von Art. 49 Abs. 1 KVG verstärkt*, die von Anfang an darin bestehen sollte, die Kantone über das «Druckmittel» der Kostenbeteiligung zu einem Abbau der von ihnen betriebenen oder subventionierten überzähligen Spitalbetten zu veranlassen.²⁰ Der sehr breite Einflussbereich der Kantone auf die Spitalkapazitäten, der sich vor allem aus der direkten finanziellen Unterstützung der Spitäler ergibt, soll noch konsequenter für den Abbau von Überkapazitäten genutzt werden.²¹ Die Rechtsprechung des EVG ist auch aus Gründen der Rechtsgleichheit zu begrüßen.

Die Rechtsprechung des EVG und diejenige des Bundesrats ergänzen sich in der Weise, dass die Kantone wirkungsvoll dazu angehalten werden, ihre Überkapazitäten im stationären Bereich abzubauen, ohne jedoch die Zusatzversicherten schlechter zu stellen. Schlechter gestellt wären diese faktisch aber nicht nur, wenn sie keinen Anspruch auf die Kostenbeteiligung des Kantons bei Hospitalisation in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern hätten, sondern auch dann, wenn die Planungskompetenz der Kantone in Abweichung von

der bisherigen bundesrätlichen Rechtsprechung auf die Zusatzversicherten Kapazitäten von Privatspitälern ausgeweitet würde. Könnten die Kantone auch die Kapazitäten der Zusatzversicherten Leistungen autoritativ steuern, hätte dies für die Zusatzversicherten ungünstige Auswirkungen, da sie – je nach Wahl des Spitals – keinen «Sockelbeitrag» der sozialen Krankenpflegeversicherung erhielten.

Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Luzern/Zürich

¹ Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (zit. Botschaft KVG), Separatdruck mit eigener Paginierung (= BBl 1992 I 93 ff.), S. 48.

² Darunter versteht man im vorliegenden Zusammenhang den Betrag, den der Versicherer gemäss KVG übernehmen müsste, wenn sich der oder die Versicherte in der allgemeinen Abteilung hätte behandeln lassen; vgl. etwa BRE vom 5. Juli 2000, RKUV 2001, S. 438 ff., E. 4.3.3. Siehe bereits Alfred Maurer, Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung, in: Jean-Louis Duc (Hrsg.), LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société Suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 703 ff., 714 f.

³ Siehe die Darstellung der Praxis bei Tomas Poledna, Spitalplanung im Zusatzversicherungsbereich?, HILL-Fachartikel-2003-8, www.hilljournal.ch.

⁴ Deutlich etwa in BRE vom 19. Dezember 2001, RKUV 2002, S. 297 ff., E. 3.2 f.; siehe auch BRE vom 21. Oktober 1998, RKUV 1998, S. 521 ff., E. 3.1.

⁵ Siehe etwa die Stellungnahmen und Ergebnisse in der Studie von Fritz Sager/Christian Rüefli/Lara Mandioni, Kostendämpfungsmassnahmen im KVG. Materialienband 2. Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung. Studie im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrollstelle, Bern 2001, S. 52 ff., 56, 75.

⁶ BGE 123 V 290 E. 6b.

⁷ Entscheid des EVG vom 30. November 2001 (BGE 127 V 422 = RKUV 2001, S. 14 ff.).

⁸ SR 832.14.

⁹ Art. 1 des Gesetzes.

¹⁰ Siehe etwa BRE vom 23. Juni 1999, RKUV 1999, S. 345 ff., E. 3.3.

¹¹ Beispielsweise BRE vom 5. Juli 2000, RKUV 2001, S. 438 ff., E. 4.4; BRE vom 19. Dezember 2001, RKUV 2002, S. 297 ff., E. 3.2 f.

¹² BRE vom 21. Oktober 1998, RKUV 1998, S. 521 ff., E. 3.2.3.2 am Ende.

¹³ Die «B-Liste» enthält die im Kanton zugelassenen halbprivaten und privaten Spitalkapazitäten, die «A-Liste» die Spitalabteilungen, deren Leistungen umfassend von der Grundversicherung (und der öffentlichen Hand) vergütet werden.

¹⁴ Z.B. BRE vom 19. Dezember 2001, RKUV 2002, S. 297 ff., E. 3.3.

¹⁵ BRE vom 23. Juni 1999 (Verein Josefsklinik), RKUV 1999, S. 356 ff.

¹⁶ Entscheid des EVG vom 30. November 2001 (BGE 127 V 422 = RKUV 2001, S. 14 ff.), E. 5.


¹⁷ Näheres zur Ermittlung des zu vergütenden Tarifs im Entscheid vom 12. Februar 2004 (K 34/02), E. 3.2 f., www.bger.ch.


¹⁸ Entscheid vom 12. Februar 2004 (K 34/02), E. 3.2 f., www.bger.ch.


¹⁹ A.a.O., E. 4.1, am Anfang.


²⁰ Siehe etwa die Botschaft zur (gescheiterten) 2. KVG-Revision vom 18. September 2000, BBl 2001, S. 741 ff., 788, wo von einer Verstärkung genau dieser ökonomischen Anreize die Rede ist.


²¹ Deutlich etwa die Haltung des Bundesrats im BRE vom 23. Juni 1999 (Verband Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau gegen Regierungsrat des Kantons St. Gallen), E. 4.2.2.

 empfehlen

 kommentieren

 0 Kommentare

 zurück

 Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Luzern/Zürich | 01.06.2004

HILL